

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Février 1895, à 1 heure

CONTRIBUTION

A

l'Étude de la grossesse

EXTRA-UTÉRINE

Par **Henri-Auguste DIBOT**

Né à L'Hermenault, (Vendée), le 29 Août 1836

Président : M. TARNIER

Juges : MM. { RAYMOND, professeur.
HANOT et MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Février 1895, à 1 heure

CONTRIBUTION

A

l'Étude de la grossesse

EXTRA-UTÉRINE

Par **Henri-Auguste DIBOT**

Né à L'Hermenault, (Vendée), le 29 Août 1836



Président : M. TARNIER

Juges : MM. { RAYMOND, professeur.
HANOT et MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. S. E.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphili-	
tiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

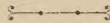
MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A mes Parents



A mes Amis





Je suis heureux en commençant ce travail de pouvoir inscrire à la première page, les noms de mes maîtres, de ceux qui ont droit à ma vive reconnaissance :

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de Médecine,
qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR GUÉNIOT

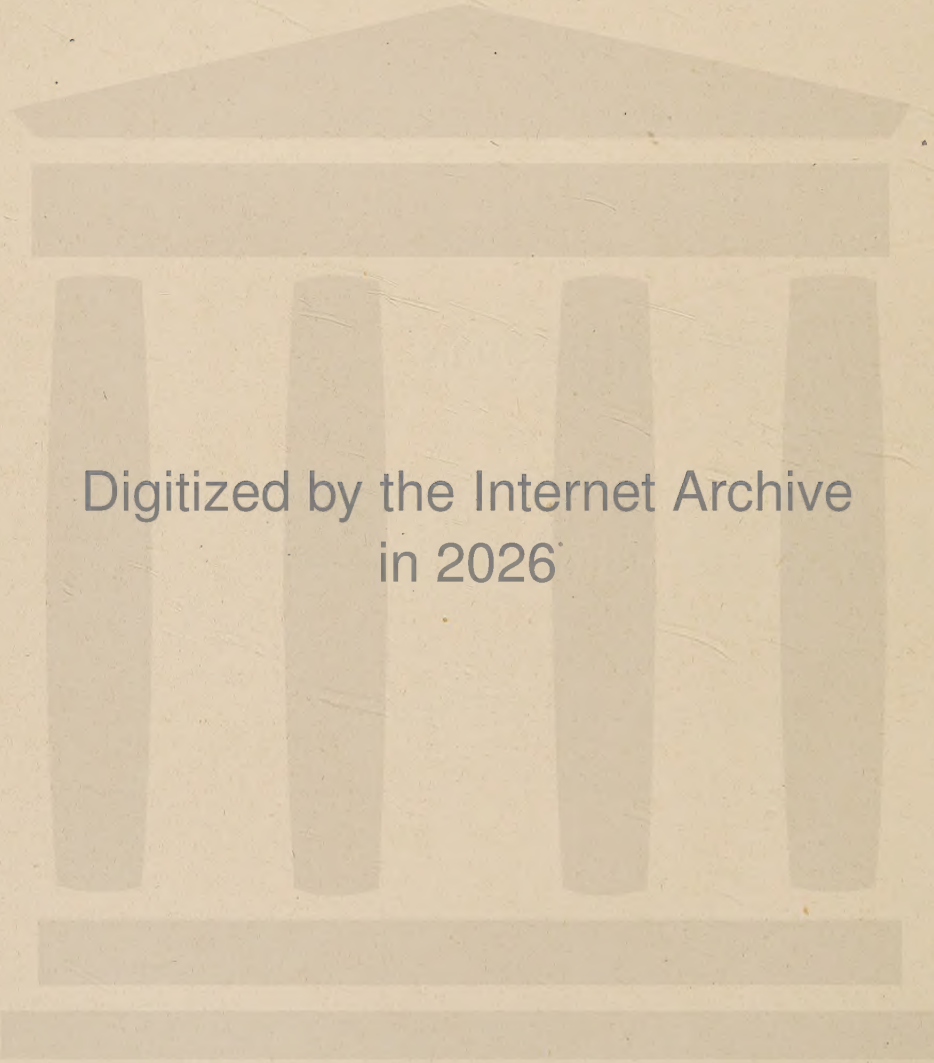
M. LE PROFESSEUR DEBOVE



CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE de la GROSSESSE

Extra-Utérine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0043

INTRODUCTION

Un fait observé dans notre pratique déjà longue a attiré particulièrement notre attention sur la grossesse extra-utérine et nous a engagé à en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Dans un premier chapitre nous rapporterons l'observation personnelle qui nous a suggéré l'idée de notre thèse.

Dans un second chapitre nous parlerons des diverses variétés de la grossesse extra-utérine.

Dans le troisième chapitre nous essayerons de déterminer les causes de cette grossesse anormale.

Dans le quatrième nous parlerons des symptômes.

Dans le cinquième nous dirons le diagnostic, la marche et la terminaison, le pronostic,

Enfin, dans le sixième chapitre nous indiquerons le traitement en nous guidant sur l'enseignement de nos maîtres.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

Dans la gazette obstétricale du 5 juin 1876, nous avons publié sous le titre :

Accouchement naturel d'un enfant vivant pendant le cours d'une grossesse extra-utérine, une observation fort intéressante qu'il nous a été possible de compléter au mois de novembre 1891, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service du docteur Raymond.

Mme A..., 22, rue de Châteaudun, est d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, tempérament lymphatique-sanguin. Mariée à 18 ans, elle a eu, neuf mois après, un fils à bec-de-lièvre double, compliqué d'écartement des maxillaires supérieurs et de la voûte palatine, 1859. Accouchée de nouveau, en 1861 et 1862, d'enfants bien

conformés, Mme A... a mis au monde, en 1867, une fille à terme, qui a vécu dix-sept jours. En 1870, elle a fait une fausse couche de trois mois et demi.

Devenue enceinte au mois de décembre 1872, Mme A... se présente le 29 janvier 1873 à notre consultation et nous raconte qu'elle a un retard, que, très régulièrement menstruée d'ordinaire, elle se croit encore prise, selon son expression. Nous la confirmons dans cette idée, sans pourtant lui donner la certitude absolue.

Le 2 février, Mme A... se trouve mal, elle perd connaissance et pendant un mois elle conserve une tendance insolite aux lipothymies.

A partir du dix février, des symptômes plus graves encore se présentent ; le ventre est très douloureux, particulièrement du côté gauche. Des vomissements arrivent chaque fois qu'un peu de nourriture est ingérée, tout mouvement devient impossible et arrache des cris de douleur. L'odorat est devenu d'une finesse extrême et la moindre senteur exaspère la malade. Le toucher vaginal et le rectal sont extrêmement douloureux, il y a sensation de chaleur et d'empâtement. La patiente est soumise aux calmants : pilules et suppositoires à l'extrait thébaïque, cataplasmes laudanisés, grands bains prolongés.

Mme A... a pris des bains d'une heure et demie chaque jour, pendant un mois, et le bien-être relatif qu'elle y

trouve, lui fait désirer ardemment cette prescription quotidienne. Les urines, rares et difficiles, ne sont évacuées facilement que dans l'eau. La constipation est opiniâtre, les purgatifs ne sont pas tolérés par l'estomac et les lavements sont refusés malgré nos vives instances.

Le 28 février nous pratiquons le toucher vaginal, et une quantité abondante de pus vient nous montrer qu'avec la grossesse existait un phlegmon péri-utérin que nous avons reconnu dès le 15.

A partir de ce moment, le mieux se fait rapidement sentir, les mouvements de plus en plus faciles sont moins douloureux, l'appétit revient, et, le 15 mars, Mme A... reprend ses travaux. Pendant tout ce temps, la fièvre a été presque nulle, le pouls petit, le visage très altéré. L'amaigrissement est considérable. La grossesse continue et nous revoyons cette dame seulement le 3 septembre, après une nuit de douleurs. Le toucher indique que le moment de l'accouchement n'est pas encore venu, et un grand bain vient calmer cet état pénible. L'auscultation nous apprend que les bruits du cœur du fœtus sont vigoureux, faciles à percevoir, leur maximum d'intensité montre, ainsi que le toucher, que nous n'avons pas affaire à une présentation du sommet.

Appelé de nouveau le 11 septembre, la patiente nous raconte qu'elle a des douleurs depuis la veille, et que cet

accouchement n'est pas naturel, parce que d'ordinaire elle ne souffre que très peu de temps et qu'en une heure ou deux tout est terminé. Cependant toute la journée du 11 et la nuit du 11 au 12, les douleurs se rapprochent et le toucher indique que la dilatation du col ne se fait pas. Le 12 au matin, la patiente prend un bain, et vers le milieu du jour les douleurs cessent tout-à-fait. Les mouvements de l'enfant ne peuvent plus être perçus et l'auscultation révèle l'absence des battements du cœur si faciles à entendre auparavant. Cette succession de douleurs et leur cessation, l'état du col avant et après leur manifestation, nous font alors prononcer le mot de grossesse anormale, mais puisque Mme A... se trouve actuellement dans un état satisfaisant, nous conseillons le repos et la patience.

Trois semaines environ après le 13 septembre, cette dame, inquiète de sa position, va à la consultation d'un confrère du quartier, qui pense que je me suis trompé et que l'accouchement se fera dans un mois environ. Ma cliente vient me trouver de nouveau, me dit l'examen qu'elle a subi et les paroles prononcées ; je la prie alors d'aller voir M. Guéniot, un de nos maîtres dans cet art difficile des accouchements. Un mot écrit par moi avec l'indication sommaire de ce qui s'était passé fut remis à notre jeune agrégé, dont le diagnostic écrit fut : grossesse

extra-utérine intra-péritonéale. M. Guéniot conseilla de porter une ceinture de flanelle, d'éviter la station prolongée et recommanda surtout à ma cliente de ne pas se faire opérer (septembre 1873).

Pendant les douleurs du 11 et du 12, un peu de sang avait apparu, et durant six semaines encore il s'en écoule un peu chaque jour. La sécrétion du lait s'établit aussi et dure longtemps.

Les règles reviennent avec une grande régularité à partir du mois de mars 1874, elles sont seulement très peu abondantes à chaque époque.

Mme A... voit de nouveau manquer ses menstrues le 12 juillet 1875, et elle nous consulte à ce sujet. Elle ressent une grande partie des symptômes rationnels d'une nouvelle grossesse, lesquels ne font que s'accroître les mois qui suivent. Toutefois c'est du côté de l'estomac que se produisent les désordres les plus fréquents : envies de vomir, pyalisme, crachotements, pyrosis, vomissements bilieux le matin, dégoût pour les aliments préférés, appétence marquée pour ceux qu'on aimait peu. Tout le temps de la grossesse se passe sans trop de malaises, puisque notre cliente n'a pas interrompu son travail jusqu'à la veille de l'accouchement. Disons pourtant que ce travail est assez pénible : employée chez un tapissier, elle fait marcher

chaque jour, pendant quatre heures au moins, une machine à coudre. Tenir l'aiguille debout pendant une heure ou deux, ce qui lui arrive souvent, est plus fatigant pour cette dame que la mise en mouvement de la silencieuse pendant un temps deux fois plus long.

Le 16 avril 1876, jour de Pâques, Mme A... est prise de douleurs à midi, et à deux heures tout est terminé, accouchement et délivrance. L'enfant, un garçon bien conformé, assez gros, s'est présenté par le sommet, en première position.

Dès le 17, notre accouchée accuse un bien-être inexprimable, elle ne ressent aucun malaise et l'estomac, en particulier, ne donne plus cette sensation de brûlure qui a duré pendant toute la grossesse. Il nous a fallu insister bien fort et avec toute l'autorité que pouvaient faire craindre des suites dangereuses pour empêcher notre cliente de se lever avant le dixième jour. Le premier mai Mme A... a repris ses occupations ordinaires.

Nous avons eu, depuis cette époque, l'occasion de voir souvent cet intéressant sujet dans sa famille ou chez des amis dont nous étions le médecin et nous pouvons affirmer que sa santé a été excellente jusqu'au 2 octobre 1891.

A cette date Mme A... est prise de vomissements et de diarrhée. Après deux jours de traitement les vomissements

cessent, mais la diarrhée persiste et devient inquiétante. A bout de ressources la malade entre à l'hôpital de Lari-boisière le 1^{er} novembre, dans le service du docteur Raymond, alors en congé. Persuadé que notre cliente est gravement prise et que les symptômes qu'elle éprouve sont dus à la grossesse extra-utérine, nous nous présentons dans sa salle le lendemain de son entrée et nous mettons le chef de service au courant de ce qui s'est passé. Nous lui remettons le numéro de la gazette obstétricale contenant l'observation. Chaque jour nous suivons la visite et nous voyons le mal empirer, la diarrhée ne s'arrête pas, les forces vont chaque jour en s'affaiblissant et la mort arrive le 15 novembre. Nous n'avons pas assisté à l'autopsie, mais nous avons vu le fœtus incrusté de phosphate de chaux et de carbonates calcaires.

CHAPITRE II

Variétés de la Grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine se produit lorsque le germe est fécondé en dehors de la matrice, soit au point de son émergence, soit dans le trajet qu'il parcourt pour arriver dans l'utérus. Si le germe reste fixé à l'endroit de l'ovaire où la vésicule qui le contenait a éclaté, la grossesse est dite *ovarique* ; s'il se développe entre le pavillon de la trompe et l'ovaire, la grossesse est *tubo-ovarique* ; si le germe s'arrête dans la partie la plus évasée du canal de la trompe de Fallope, la grossesse est *tubaire* simplement ; mais si l'ovale a pu s'avancer dans cette partie du canal qui traverse la paroi utérine et qu'il s'y arrête, la grossesse est dite *tubo-utérine* ; on a aussi pensé que dans ce dernier trajet il pouvait pénétrer par une ouverture latérale de la

trompe dans la paroi même de la matrice, d'où la grossesse extra-utérine *interstitielle*. Enfin l'ovale fécondé sur l'ovaire ou au moment où il s'engage dans le pavillon de la trompe, peut échapper à celle-ci et tomber dans la cavité péritonéale, où il se fixe quelque part, il en résulte la grossesse extra-utérine, dite *abdominale* ou *intra-péritonéale*.

CHAPITRE III

Causes de la grossesse extra-utérine

Elles sont physiques ou morales :

Les causes physiques sont toutes celles qui opposent un obstacle quel qu'il soit à la migration de l'œuf, de l'ovaire à l'utérus, par la trompe qui est trop évasée du côté de l'ovaire, très étroite au contraire du côté de la matrice. On comprend que le sperme (avec les spermatozoïdes) puisse arriver à l'ovule, mais que le conduit ne soit pas assez large pour le passage de l'ovule fécondé dans la matrice.

On range au nombre des causes de la grossesse extra-utérine les vices de conformation des ovaires et des trompes, et l'état maladif de ces dépendances de l'utérus. Les membranes de l'ovaire trop denses peuvent retenir

l'embryon après la fécondation, et le forcer à se développer dans ce lieu insolite.

Il existe quelquefois un défaut de rapport entre l'ovaire et la trompe.

Ces deux organes peuvent tenir l'un à l'autre par des adhérences trop intimes ; les trompes sont parfois trop courtes. Cette disposition ne permet pas au pavillon d'atteindre et d'embrasser convenablement l'ovaire ; un vice quelconque des franges peut les rendre impropres à recevoir l'œuf et à le transmettre dans la matrice. On a vu les pavillons des trompes être dirigés du côté opposé à celui des ovaires, adhérer aux parties latérales du bassin, au cœcum, au rectum. Les trompes peuvent s'oblitérer après le coït, la membrane muqueuse qui les tapisse peut se boursoufler, s'engorger, rétrécir leur calibre ou même le fermer complètement ; dans quelques cas, l'épaississement n'est que local ou partiel, l'œuf fécondé est alors arrêté là où la trompe présente une cavité moins spacieuse.

Ces recherches sont dues à Winslow, Parsons, Gunsius, Morgagni, Wiseman, Smellie, etc., etc. Le conduit des trompes est quelquefois bouché par des mucosités (Mauguet). Le docteur Beck a décrit un cas de grossesse utéro-tubaire ou tubo-utérine par suite de l'existence d'un polype muqueux à l'orifice utérin de la trompe. Un corps

fibreux développé près de l'angle de l'utérus pourrait produire le même effet. Le docteur Roth raconte dans sa thèse un cas de grossesse tubaire dû à la présence d'un corps fibreux qui avait envahi toute la paroi interne de la matrice, aplati sa cavité et évidemment empêché la pénétration de l'ovule fécondé.

Les causes morales de la grossesse extra-utérine sont ordinairement une frayeur pendant la copulation, une émotion profonde quelque temps après.

On admet que cette cause provoque un spasme partiel ou général du tube qui doit transmettre l'ovule fécondé dans la matrice. On peut admettre aussi que des causes morales profondes causent une espèce de paralysie de l'organe.

CHAPITRE IV

Symptômes

La grossesse extra-utérine est dans son origine un état pathologique, mais le développement de l'œuf est physiologique. Les symptômes porteront donc l'empreinte de ces deux états opposés : on trouvera d'une part les symptômes d'une grossesse normale et d'autre part ceux d'une affection organique locale.

Symptômes physiologiques.

Ils se montrent de bonne heure du côté des voies digestives et du système nerveux. La menstruation est ordinairement supprimée comme dans la grossesse normale. Lorsque le fœtus est mort, la femme, dans la grossesse extra-utérine se retrouve dans un état nouveau, elle est

délivrée, sinon matériellement, virtuellement, la menstruation reparaît et elle peut concevoir de nouveau comme dans notre observation personnelle.

Les mamelles deviennent turgescentes dans la gestation extra-utérine comme dans la normale.

Si le développement de l'œuf n'est pas interrompu à une époque antérieure à celle où se manifeste ordinairement la vie du fœtus, les mouvements de celui-ci sont ressentis à l'époque ordinaire, c'est-à-dire dans le courant du cinquième mois.

Symptômes pathologiques.

Ordinairement le début d'une grossesse extra-utérine est orageux, une douleur locale est ressentie presque toujours dans l'un ou l'autre côté du bas-ventre, au-dessus de l'aîne. Cette douleur provoque assez souvent une réaction fébrile avec les symptômes d'une pelvi-péritonite. Bientôt une tumeur se développe au-dessus d'une des branches horizontales du pubis ou dans tout autre point du ventre tandis que dans la grossesse normale cette tumeur grossit au milieu de l'hypogastre, au-dessus de la région pubienne.

Cette tumeur se développe plus rapidement que l'utérus en gestation et la femme y éprouve souvent des élancements ou des douleurs intermittentes très intenses. Deux

éventualités sont alors possibles : Ou les douleurs au bout d'un certain temps cessent d'elles-mêmes ou parce qu'elles ont été apaisées par un traitement rationnel et la grossesse continue et devient de plus en plus apparente ; ou les accidents s'aggravent et se terminent plus ou moins promptement par la mort.

Ces symptômes pathologiques peuvent aussi accompagner une grossesse utérine, aussi est-il important de pouvoir distinguer une grossesse ordinaire d'une grossesse anormale.

CHAPITRE V

Diagnostic

Les signes de la grossesse extra-utérine se divisent, comme ceux de la grossesse normale, en signes *incertains probables* ou *certaines*.

Les symptômes au début d'une grossesse peuvent faire soupçonner qu'elle est anormale lorsqu'il y a des symptômes locaux et une réaction générale qu'on n'observe que très exceptionnellement dans la grossesse utérine. Il est vrai que l'ovarite, la pelvi-péritonite, l'hématocèle et à leur suite, le développement rapide et inégal du ventre peuvent aussi amener des symptômes analogues.

Baudeloque a dit qu'il est presque impossible de bien reconnaître une grossesse anormale avant le moment où les mouvements du fœtus se font distinctement sentir, c'est-

à-dire avant le quatrième ou le cinquième mois. Or, souvent, avant cette époque des accidents mortels sont survenus.

L'exploration externe et interne peut seule faire affirmer l'existence de la grossesse anormale ou utérine. La présence du fœtus est constatée par le palper abdominal, par la percussion, par l'auscultation, par le toucher vaginal et rectal.

Le fœtus qui se développe en dehors de l'utérus se dessine plus facilement à travers la paroi de l'abdomen et ses mouvements sont plus perceptibles à la vue et au toucher que quand il est renfermé dans la matrice. Par la percussion on peut arriver à délimiter le corps du fœtus et aussi le kyste qui le contient. Si, d'abord il s'est développé latéralement, il se rapproche plus tard de la ligne médiane. Souvent il est placé transversalement ou obliquement relativement à l'axe du corps; quelquefois, mais très rarement, la tête est appuyée sur le bassin ou plonge dans l'excavation.

L'auscultation permet d'entendre des battements clairs et distincts, plus rapprochés ordinairement de l'oreille que dans la grossesse utérine, le bruit de souffle manque le plus souvent.

L'exploration interne peut conduire à la certitude seulement lorsqu'on a constaté les mouvements du fœtus.

Au commencement de la grossesse extra-utérine, la matrice se gonfle, se dilate, augmente de volume comme dans la grossesse ordinaire.

Les nuances de ce développement sont difficiles à saisir ; par exemple l'arrondissement du col et du corps. Ce signe disparaît à peu près quand la grossesse est un peu avancée, parce que la matrice se confond avec le kyste qui renferme l'œuf. Alors aussi le col est ordinairement dévié, tiré d'un côté ou de l'autre, en avant ou en arrière, et il n'a pas continué à subir les changements qu'on y remarque dans la grossesse normale. Il est difficile de parvenir à atteindre le fœtus qui est trop élevé dans l'abdomen parce qu'il ne présente pas une des extrémités de son axe au bassin. Quelquefois pourtant la tête plonge dans l'excavation et on peut, à travers une paroi mince, en reconnaître tous les détails.

Les choses ne se présentent donc pas toujours de la même manière au toucher vaginal et il est peu aisé de ne pas commettre d'erreur. Le toucher rectal peut parfois aider et rectifier le toucher vaginal surtout en ce qui concerne la direction du col, le développement de l'utérus, la présence concomittante d'une tumeur abdominale, etc.

En résumé, malgré l'emploi de tous les moyens d'investigation et l'appréciation des signes incertains et probables

il ne peut exister de certitude dans le plus grand nombre des cas.

Un seul moyen d'acquérir cette certitude c'est le *cathétérisme utérin*, mais on ne doit pratiquer ce moyen d'exploration que quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement.

Le cathétérisme permet de constater que la matrice est vide dans la grossesse extra-utérine et, si on s'est trompé, la sonde peut tout au plus amener l'accouchement quelques jours avant terme.

Un diagnostic différentiel reste encore à examiner : s'il y a des *grossesses normales apparentes*, il peut y avoir des *grossesses extra-utérines apparentes* c'est-à-dire qu'on peut confondre une tumeur abdominale quelconque avec une grossesse extra-utérine et une grossesse extra-utérine avec une tumeur abdominale.

Le docteur Stoltz rapporte ainsi deux exemples curieux : « On apporta un jour à notre clinique une femme de la campagne de 38 ans, mère de famille, elle se disait enceinte et très avancée dans sa grossesse ; ses règles étaient *supprimées depuis dix mois environ* ; elle avait éprouvé des douleurs analogues à celles de l'accouchement.

Le médecin qui nous l'avait adressée nous dit que cette femme avait une grossesse *extra-utérine* qu'il croyait

opérable. L'exploration de la matrice au moyen de la sonde indiqua que celle-ci était vide, le ventre était développé comme chez une femme à terme.

Dans une certaine quantité de liquide où ballottait un corps dur et inégal, un fœtus à terme dont on croyait distinguer la tête, les fesses, etc. La malade était amaigrie et minée par la fièvre.

Pas d'infiltration. Après être resté dans l'expectation pendant plusieurs jours et avoir souvent examiné la malade, qui se plaignait de la distension et de la lourdeur de son ventre, on pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide albumineux que l'on crut être de l'eau amniotique.

La malade demanda à rentrer chez elle sans être opérée. Au bout de trois mois elle mourut et on nous envoya le prétendu fœtus qui n'était autre chose qu'une tumeur fibro-plastique des deux ovaires dont les reliefs et bosselures nous en avaient imposé.

Nous fûmes consulté par une dame étrangère qui venait pour se faire opérer par Eug. Koeberlé d'une tumeur ovarique. Cette dame, mariée depuis un an, s'était d'abord crue enceinte; ses médecins en étaient persuadés, et le moment venu pour accoucher, elle éprouva des douleurs d'enfantement; mais elle souffrit vainement, et vainement aussi on essaya de faire la version et d'appliquer le forceps.

Les mouvements de l'enfant cessèrent. On fit venir en consultation un des premiers accoucheurs de l'Allemagne, qui examina et déclara qu'il *n'y avait jamais eu grossesse*, qu'il existait une tumeur mobile qu'on pourrait enlever par la gastrotomie.

Eug. Kœberlé fut choisi par la famille pour pratiquer l'opération, mais auparavant nous fûmes consulté.

Tous les deux, Eug. Kœberlé et nous, nous eûmes du doute, mais l'opération était indiquée dans l'une et l'autre supposition, elle fut pratiquée. Eug. Kœberlé fit l'extraction d'un gros garçon, mort bien entendu, et mena les suites si habilement que la jeune femme guérit. Elle est revenue depuis nous voir, avec un teint fleuri et véritablement comme rajeunie.

Ces deux exemples n'ont pas besoin de commentaires ; ils prouvent que des hommes très habiles, très expérimentés peuvent se tromper dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, même après avoir sondé la matrice. »

CHAPITRE VI

Marche et terminaison. Durée, pronostic

La grossesse extra-utérine a la même durée que la grossesse normale lorsque rien ne vient entraver sa marche ordinaire; mais la rupture du kyste qui renferme l'œuf se produit souvent du troisième au cinquième mois.

Cette rupture suivie d'une hémorrhagie interne et du passage du fœtus dans la cavité péritonéale est presque toujours mortelle. Quelquefois l'œuf atteint sa maturité parfaite, et au terme normal, la femme éprouve des douleurs intermittentes, comme celles du travail normal, avec cette différence que le col de la matrice n'a pas disparu et que ses orifices restent fermés.

Après un, deux ou trois jours de douleurs, pendant lesquels on attendait l'expulsion du fœtus, le calme revient, les douleurs disparaissent et on s'aperçoit que les mouvements du fœtus ont cessé ; on n'entend plus de battements, le fœtus est mort.

Ce fœtus renfermé dans son œuf peut séjourner très longtemps dans le ventre de la mère. On en a vu rester dix, quinze, vingt, trente ans et plus, bien que le plus souvent la nature cherche à l'éliminer par une voie quelconque. Ce travail, toujours dangereux pour la mère, se termine aussi bien souvent d'une manière favorable, surtout quand l'art peut venir au secours de la nature.

Le fœtus, mort après le travail d'expulsion impuissant, va subir différentes transformations qui favoriseront son séjour indéfini dans le sein de sa mère ou en provoqueront l'élimination.

Si le fœtus doit séjourner indéfiniment, son corps se couvre peu à peu d'une croûte d'abord caséuse, puis calcaire ; ses chairs et ses organes subissent une transformation grasseuse (gras de cadavre) et s'incrument finalement aussi de phosphates et de carbonates calcaires. Le tout durcit et se transforme avec les années en un corps dur, inaltérable, qu'on a nommé *lithopède*. Tel était le corps du fœtus dans notre observation personnelle. Les eaux de l'œuf

se troublent, se réduisent en s'épaississant et finissent par disparaître. Le kyste qui renferme l'œuf se ratatine et s'applique sur le corps fœtal, le tout ne forme plus qu'une masse inerte, adhérente aux intestins, à l'épiploon, au mésentère, à la matrice, à la vessie, aux organes en un mot contenus dans le ventre.

L'œuf extra-utérin est ainsi devenu un corps inoffensif et peu gênant. La femme peut reprendre son train de vie ordinaire et assez souvent elle redevient enceinte, traverse sans accidents la période de la nouvelle grossesse, et accouche sans que l'enfant extra-utérin devienne une cause d'accidents. Quelquefois cependant, le développement de la matrice est alors gêné et l'accouchement se fait avant terme.

Si le fœtus, au lieu de se transformer en gras de cadavre et de durcir ensuite, vient à se ramollir et à se décomposer dans le liquide qui l'entoure, le kyste s'enflamme, se ramollit également et ce travail se communique aux parties qui le touchent et y sont adhérentes. Il se déclare de la fièvre, une douleur locale, et bientôt survient une inflammation extérieure ou intérieure, de la suppuration. Enfin il se fait une ouverture, soit à la paroi abdominale antérieure, soit à quelque organe de l'intérieur. Le fœtus en partie décomposé s'y engage par une des extrémités de son

squelette et finit par être éliminé en partie ou en totalité. Ce travail éliminatoire peut durer plus ou moins longtemps et il arrive souvent que la malade succombe.

Le *pronostic* est toujours grave ou du moins peu rassurant dans tous les cas de grossesse extra-utérine ; en supposant la pétrification du fœtus, cas le plus favorable, ce corps étranger peut devenir, d'un moment à l'autre, la cause de douleurs, d'inflammation et d'accidents.

Quand le produit se ramollit et provoque des abcès et un travail éliminatoire, on n'est jamais sûr que la terminaison ne sera pas fatale pour la malade.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement de la grossesse extra-utérine consiste à intervenir dans certains cas.

Quand un travail d'élimination du fœtus est commencé, il faut le favoriser par tous les moyens rationnels. Ainsi on tâchera de faire aboutir l'abcès qui se déclare sur un point de la superficie du ventre.

Si la perforation du kyste contenant le fœtus s'est faite seule, il faut sonder et tâcher d'extraire le produit tout entier ou par fragments, même en débridant l'ouverture, on fera sur une large échelle des injections antiseptiques pour empêcher la résorption purulente.

La perforation du kyste se fait malheureusement quelquefois dans l'intérieur et les débris du fœtus peuvent séjour-

ner, s'égarer, lésar des organes importants et amener la mort.

On a vu cependant des cas de guérison après ouverture interne du kyste. On possède des exemples de fœtus extra-utérins sortis par l'anus, par le vagin, et la malade est revenue à la santé.

Une question très importante du traitement est celle-ci :

L'art doit-il intervenir activement au lieu de se borner à aider la nature ?

Faut-il faire l'avortement interne par la ponction, l'électricité ou faire l'extirpation de la tumeur ? On a quelquefois déjà employé ces divers moyens, mais ces opérations sont très délicates parce qu'on n'est pas toujours sûr d'avoir porté un diagnostic absolument certain. La grossesse extra-utérine est très difficile à diagnostiquer dans les trois ou quatre premiers mois.

Quand la grossesse anormale est arrivée à terme ou à peu près, l'enfant ne peut naître autrement qu'en pratiquant une voie artificielle par la *gastrotomie* ou l'*élytrotomie*.

Si l'enfant est vivant on ne doit pas hésiter à conseiller l'opération, surtout maintenant que le succès vient presque toujours couronner cet acte, grâce à l'aseptie et à l'antiseptie.

La *gastrotomie* ou *l'élyotrotomie* suivant les cas, permet d'avoir un enfant vivant qui a simplement besoin des soins ordinaires; mais la mère doit recevoir les soins les plus minutieux, car les conséquences peuvent être graves.

L'expérience a démontré qu'après l'extraction de l'enfant il ne faut pas toucher au placenta ni au chorion et qu'il faut en abandonner le décollement et l'exclusion à la nature.

On nettoie bien le kyste qui se rétrécit comme la matrice bien qu'à un moindre degré, on fait un pansement antiseptique en ayant soin de placer le cordon ombilical dans l'angle inférieur de la plaie. On renouvelle ce pansement matin et soir.

Bientôt le cordon se détache et à chaque pansement on voit sortir des détritits de membranes et de placenta qu'on enlève en faisant des irrigations de liquides antiseptiques. La suppuration s'établit, le kyste se nettoie, se rétrécit et finit par s'oblitérer après un temps plus ou moins long. L'accouchée est traitée comme à l'ordinaire, le régime tonique est toujours de règle.

Si le fœtus est mort, il n'y a pas urgence d'opérer, on doit attendre tout de la nature qui aura une tendance à l'éliminer ou à le conserver en le transformant. Si aux douleurs de l'accouchement succède le calme, si tous les

symptômes s'apaisent, c'est un signe que le fœtus devenu corps étranger ne trouble pas l'économie et il faut rester dans l'expectation. Si les symptômes généraux et locaux annoncent un travail d'élimination, on viendra au secours de la nature en choisissant le moment le plus opportun.

CONCLUSIONS

Les accidents survenus vers la fin du troisième mois de la grossesse dans l'observation que nous avons décrite auraient dû nous donner la pensée d'une grossesse extra-utérine.

Le 3 septembre 1873 et surtout le 11 septembre, après avoir constaté l'état du col et les battements du cœur de l'enfant ainsi que les douleurs de l'enfantement, il aurait fallu s'assurer par l'exploration de la matrice au moyen de la sonde, que l'organe gestateur était vide. Le diagnostic s'imposait alors, mais n'aurait pas modifié notre conduite, nous aurions laissé opérer la nature.

Aujourd'hui, grâce aux merveilleux progrès accomplis, nous conseillerions, dans un cas analogue, la gastrotomie qui permettrait d'avoir un enfant vivant, la mère ayant beaucoup de chance de continuer à vivre.



Vu par le Président de la Thèse

TARNIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.



